

(送付先) 大田市役所 介護保険課 (大田市地域包括支援センター)
 〒694-0064 大田市大田町大田イ140-2
 TEL 0854-83-7766 FAX0854-83-7767

認知症サポーター養成講座 出前講座申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 年 月 日

申込者氏名 申込団体名			
住所・所在地			
連絡先	電話		FAX
担当者氏名			E-mail
開催希望日時	平成 年 月 日 () 時 分 から 時 分まで		
開催場所 および 利用可能機材	名称 (所在地)		
	機材	スクリーン 【 有 無 】 プロジェクター【 有 (音声出力 可 不可) 無 】 ノートパソコン【 有 (DVD読込 可 不可) 無 】	
受講対象者区分 該当する番号に○を付けてください。また()内には具体的に記入ください。	1 市民 2 町会 3 民生委員 4 企業・職域団体 (業種) 5 学校 [小学校・中学校・高等学校・大学・その他 ()] (学年 _____ 年) 6 その他 ()		
受講予定者数	名		

※上記の個人情報は、本講座開催のためにだけ用い、他の用途には用いません。

注1) 希望にそえない場合がありますので、申込前にご相談願います。

注2) 準備の都合により、開催日の30日前までに申し込みください。